

2025年度「第2回知的障害者ガイドヘルパー養成研修課程」

申 込 票

年 月 日

フリガナ		生年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日 (西暦 年)
氏名		性別	男 ・ 女
住所	(〒 - )		
電話 番号		FAX 番号	
携帯 番号		メール	
所属		職業	

①受講動機を教えてください。 ※複数チェック可

☐スキル向上 ☐仕事の為 ☐興味があった ☐紹介 ☐その他( )

②現在お持ちの資格があれば、該当する番号を丸印で囲んでください。

- 1、訪問介護員2級養成研修課程修了      2、介護職員初任者研修課程修了  
3、介護福祉士      4、同行援護      5、全身性障害者ガイドヘルパー  
6、日常生活支援従業者      7、その他( )

③この研修を何で知りましたか？

- ☐藤沢育成会のホームページ  
☐藤沢市の広報  
☐その他( )

④サービスセンターばるで研修を受けた理由はなんですか？

⑤実習可能日を、土日を含めて最低6日以上お知らせ下さい。

実習については原則6時間以上のサービスとなります。  
(場合によって短くなる事もあります。)

実習可能日に○印をお願いします。  
(※ご記入頂いた日の中から事務局にて実習日時、場所を決めさせていただきます)

★ 実習期間 1/9(金)～2/3(火)

日	月	火	水	木	金	土
					1/9	10
11	12・祝	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31
2/1	2	3				

- ・実習決定連絡後の変更は原則お受けしておりません。  
※やむを得ない事情(インフルエンザ、急な法事など)をのぞく
- ・上記の可能日を参考に調整させて頂き、後日連絡させて頂きます。  
都合の変更がある場合は速やかに電話にてお知らせ下さい。  
(0466-28-0909ヘルパー部署まで)
- ・なお、受講生都合で終了日までに実習が組めない場合は、  
修了証をお渡し出来ないことがございますのでご了承ください。